UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 69

L'HEMATÉMÈSE

AU COURS

DES CRISES GASTRIQUES DU TABES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juin 1911

PAR

Louis-Abel ROUSSELIER

Né à Lyon, le 23 juillet 1880

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

RAUZIER, Professeur, *Président.*
HÉDON, Professeur,
GALAVIELLE, Agrégé,
LEENHARDT, Agrégé,
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

L'HÉMATÉMÈSE

AU COURS

DES CRISES GASTRIQUES DU TABES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 69

L'HEMATÉMÈSE

AU COURS

DES CRISES GASTRIQUES DU TABES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juin 1911

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Louis-Abel ROUSSELIER

Né à Lyon, le 23 juillet 1880

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

RAUZIER, Professeur, *Président.*
HÉDON, Professeur,
GALAVIELLE, Agrégé, } *Assesseurs.*
LEENHARDT, Agrégé,

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
MONTANE, SICARDI ET VALENTIN, SUCCESSEURS
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✲)
Cliniquemédicale.	CARRIEU.
Clinique des maladiesmentales et nerv.	MAIRET (✲)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✲).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agr. libre
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements..	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LAGRIFFOUL.	MM DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU.
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIÈRE.
GRYNFELTT Ed	CABANNES	LECERCLE.
LEENHARDT	DELMAS (Paul)-	FLEIG chargé des fonct

Examinateurs de la Thèse

MM. RAUZIER, *président.* | GALAVIELLE, *agrégé.*
HEDON, *professeur.* | LEENHARDT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A M. ANTOINE ROUCHE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

L.-A. ROUSSELIER

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE
ET DE LA
FACULTÉ DE MONTPELLIER

A M. LE PROFESSEUR HÉDON

MM. GALAVIELLE ET LEENHARD, Agrégés

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

L.-A. ROUSSELIER

AVANT-PROPOS

Au seuil de cette étude, il nous est un devoir agréable à remplir : c'est d'exprimer nos remerciements à tous les maîtres qui, à des degrés divers, contribuèrent à notre initiation médicale, à ceux qui guidèrent nos premiers pas dans la voie difficile où nous nous engagions, et surent rendre attrayante, par un enseignement méthodique et des explications simples, l'aridité des débuts. Nous sommes particulièrement heureux de citer MM. les professeurs Laget, Imbert, Oddo, Alezais, Olmer, Audibert et M. le docteur Pagliano.

Nous adressons aussi nos plus vifs sentiments de gratitude aux maîtres qui nous aidèrent à glaner dans leurs services d'utiles connaissances spéciales relatives : aux enfants et aux nourrissons, chez Monsieur le professeur Dastros ; aux maladies de la peau, chez Monsieur le professeur Perrin, toujours si accueillant ; à la gynécologie, chez Monsieur le docteur Ch. Platon ; à l'oto-rhino-laryngologie, chez Monsieur le docteur Niel.

Nous ne saurions passer sous silence l'extrême obligeance avec laquelle nous initia pratiquement, à l'orthopédie infantile, Monsieur le docteur Vignard, dans son service de la Charité, durant le trop court trimestre d'un séjour à Lyon. Nous en avons conservé le meilleur souvenir.

Enfin, de Montpellier, où nous sommes venu terminer nos études, nous emportons, avec des notions solides, la mémoire toujours vivace d'excellentes leçons cliniques, en particulier de MM. les professeurs Forgue et Rauzier. Nous avons dans leurs intéressants services complété notre bagage médical et chirurgical. Dans l'art difficile et délicat de diagnostiquer et d'essayer de guérir, Monsieur le professeur Rauzier a bien voulu nous faire bénéficier de sa haute expérience clinique. Il nous a guidé parmi les dédales du diagnostic et de la thérapeutique. Il nous a appris à ne point nous satisfaire d'à peu près, à employer au service de la médecine toute la méthode et la rigueur scientifiques, grâce auxquelles les cas les plus compliqués se simplifient, et qui mettent l'ordre et la précision là où régnait dans l'esprit le chaos et l'obscurité. C'est bien sincèrement que nous lui adressons nos respectueux hommages et le remercions de la bienveillance qu'il nous a témoignée, ainsi que son sympathique chef de service. Monsieur le docteur Roger.

L'HÉMATÉMÈSE

AU COURS

DES CRISES GASTRIQUES DU TABES

INTRODUCTION ET DIVISION DU SUJET

Longtemps il fut admis que le tabes était une maladie motrice, caractérisée surtout par des symptômes moteurs : ataxie et paralysie, signe de Romberg, signe de Westphall, troubles de la motilité oculaire et signe d'Argyll. A cette symptomatologie primitive ne tardaient pas à s'ajouter, d'une part, les troubles trophiques et, d'autre part, les troubles sensibles, douleurs fulgurantes, et surtout troubles douloureux, survenant dans divers viscères, à titre épisodique, sous forme de crises.

Nombreuses sont les crises viscérales du tabes : crises digestives, pharyngées (Oppenheim), entéralgiques (Loeper) (1), rectales, hépatiques (Jolly) (2) ; crises génito-

(1) Lœper. Semaine médicale, 1903.
(2) Jolly. Thèse, Paris 1906, n° 180.

urinaires, rénales, vésicales, urétrales, testiculaires, mammaires, clitoridiennes, crises de faux accouchement (Abbadie) ; crises circulatoires, cardiaques ou vasculaires (Pal) ; crises respiratoires, nasales (Klippel et Lhermitte) (1), laryngées, etc. Celles qui sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus connues sont les crises gastriques ; entrevues déjà par Graves, Romberg, Gall, Trousseau, Delamarre, elles acquièrent droit de cité avec Charcot, qui en fait une étude approfondie et leur donne leur nom. Elles ont fait récemment l'objet d'une revue générale très documentée de Sainton et Tronc, à laquelle il faut se rapporter quand on s'occupe ds crises gastriques du tabes.

Un sujet jeune encore, relativement en bonne santé, présente brusquement des douleurs intenses au creux épigastrique, douleurs suivies de vomissements. Ces douleurs, ces vomissements répétés durent un, deux jours, parfois plus. Ils sont si intenses que le malade est plongé dans un abattement extrême. Rapidement, tout rentre dans l'ordre, jusqu'à la prochaine crise, qui survient quelques mois après, et se répète ensuite à intervalles plus rapprochés. Ces crises, prises tout d'abord pour une vague gastralgie, finissent par inquiéter le malade par leur répétition. Celui-ci vient trouver son médecin ; un examen complet et méthodique du système nerveux fait découvrir les petits signes du tabes, ce que l'on a appelé le tabes pré-ataxique. Plus tard s'installe le tableau plus ou moins complet. Telle est l'évolution habituelle des crises gastriques, du moins à leur début.

Trois principaux éléments la caractérisent : la douleur, à maximum épigastrique, à caractère très violent, com-

---

(1) Klippel et Lhermitte. Semaine médicale, 17 février 1909.

parée, suivant les sujets, à une morsure, à une déchirure interne, à une brûlure, à une sensation de torsion ; le vomissement, indépendant de l'alimentation, d'abord alimentaire, puis uniquement aqueux, glaireux et quelquefois bilieux, parfois très abondant ; l'abattement extrême du malade.

Ces crises se présentent sous différents aspects cliniques. On distingue, suivant l'intensité, des formes légères ou graves ; suivant leur association avec quelque autre trouble morbide, les crises des dyspeptiques, celles des hystériques, celles des morphinomanes, enfin et surtout, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, les formes gastralgiques, vomitives, hypersécrétives et celles compliquées d'hématémèse. C'e sont ces dernières que nous avons, sur les conseils de notre maître, M. le professeur Rauzier, prises comme sujet de notre thèse.

Nous commençons cette étude de l'hématémèse chez les tabétiques par un court historique, où nous relaterons les divers travaux publiés en France et à l'étranger sur cette question. Nous le ferons suivre de l'observation clinique, très détaillée, obligeamment communiquée par MM. Rauzier et Roger, et qui fait le principal intérêt de ce travail. Nous envisagerons alors l'étude symptomatique de ces hématémèses avec les divers symptômes qui l'accompagnent, leur diagnostic différentiel — sur lequel nous insisterons particulièrement, — leur pathogénie, leur pronostic, leur traitement.

Nous terminerons en réunissant les diverses observations d'hématémèse chez les tabétiques que nous avons pu recueillir dans la littérature.

HISTORIQUE

La première observation de crise gastrique tabétique avec hématémèse remonte à la thèse de Petitjean (Paris, 1874). Il s'agit d'un homme dont le tabes a débuté par des douleurs gastriques, et qui fut longtemps traité comme atteint d'un ulcère de l'estomac. Vulpian publie peu après un autre cas dans son *Traité des maladies du système nerveux* (1879). Strauss, étudiant dans les *Archives de Neurologie* (1880-81) les ecchymoses des membres inférieurs chez les ataxiques, rapporte l'observation d'un malade d'Hallopeau présentant des hématémèses ; il émet, pour les expliquer, l'hypothèse d'ecchymoses se faisant au cours des crises gastriques sur la muqueuse stomacale.

De nouveaux faits sont publiés dans les thèses de Harol (Paris, 1882), Zohrab (Lyon, 1885), Fournier, dans ses leçons sur le tabes pré-ataxique (1885), mentionne les vomissements noirs des crises gastriques, tout en émettant quelques réserves au sujet de l'observation de Vulpian.

Rendu, dans ses leçons cliniques, mentionne un cas qu'il a observé à l'Hôpital Saint-Louis. Charcot consacre une leçon et un article à ces crises gastriques avec vomissements noirs, qu'il appelle « crises noires » (1889).

On a trouvé encore des cas isolés dans la thèse de Bourguignon (Paris, 1895), un article de Bovet et Huchard (1896). Vires, dans sa thèse sur l'hystéro-tabes (Montpellier, 1896), signale deux tabétiques ayant des hématémèses. Defève consacre sa thèse à ce sujet (Lyon, 1898), et réunit huit observations, dont une inédite, prise dans le service du professeur Lépine.

Depuis lors, nous devons ajouter les faits plus récents de Mathieu, Robin (de Varsovie) (1903), Vallas et Cotte (1906), Mme Wayncop (1905), Crouzon (1906), Kollarits (1909), publient l'autopsie de tabétiques ayant eu des hématémèses. Sieding (1909) relate une observation de tabes avec hématémèse, herpès zoster et sécrétion lactée. Tedesko et Strumpell présentent à la Société de Médecine de Vienne (1910) des tabétiques avec hématémèse, ayant été opérés pour ulcères gastriques. Ewald (1910) fait l'autopsie d'un tabétique avec « crises noires », dont l'estomac présente une légère ulcération gastrique avec érosion vasculaire.

Enfin, MM. Rauzier et Roger présentent tout récemment le 16 juin 1911, à la Société des Sciences médicales de Montpellier, un cas de « crises gastriques subintrantes avec hématémèse au cours d'un tabes fruste d'origine spécifique ». C'est ce malade (que nous avons eu l'occasion de suivre nous-même dans le service du professeur Rauzier), qui est devenu le point de départ de notre thèse. Hâtons-nous d'ajouter qu'il a fait déjà l'objet d'une leçon clinique très intéressante et très documentée du professeur Rauzier, le 16 juin 1911.

Observation Première

Communiquée par MM. Rauzier et Roger

Crises gastriques subintrantes avec hématémèse au cours d'un tabes fruste d'origine spécifique

(*Société des Sciences Médicales de Montpellier*, 16 juin 1911)

Vern... Gabriel, âgé de 32 ans, cultivateur, entre à l'Hôpital Suburbain, salle Fouquet, numéro 28, le 12 mai 1911, dans le service du professeur Rauzier, pour des douleurs gastriques accompagnées de vomissements.

Le malade souffre depuis deux ans. Ces douleurs sont des plus violentes, arrachant parfois des cris au malade, le faisant tordre dans son lit, sans qu'il puisse trouver de position qui le soulage ; elles ont leur maximum au creux épigastrique ; elles s'irradient fréquemment vers l'épaule gauche. Il ne s'agit pas d'une sensation aiguë et poignante comme l'est la douleur en broche, mais d'une impression très pénible de constriction épigastrique, de pesanteur atroce, de broiement, de morsure ; ni la pression superficielle ni la pression profonde ne la calment.

Ces douleurs s'accompagnent de vomissements abondants, aigres, mais peu acides, d'habitude clairs et aqueux au début, puis jaunâtres ou verdâtres. A cinq ou six reprises, les vomissements contenaient, à la fin de la crise, un dépôt noir, peu abondant ; il n'y a jamais eu de sang rouge.

Douleurs et vomissements sont indépendants des repas ; il est rare que les vomissements contiennent des ali

ments, et en tout cas, jamais le malade n'y a remarqué des aliments qu'il ait ingérés la veille ou les jours précédents. Ils surviennent, d'ailleurs, le plus souvent à jeun, le matin, de six à huit heures, quand le malade s'éveille ou quand il se lève.

Les troubles digestifs surviennent par *crises* de durée variant de quelques heures à quelques jours avec, dans les crises de longue durée, quelques accalmies. Il survient actuellement presque tous les matins une crise, et parfois deux, dans la journée. Mais il est des mois où, à une série de crises, fait suite une période d'accalmie complète, pendant laquelle le malade a très bon appétit, digère bien et ne se sent nullement souffrant. Il garde toutefois de la constipation, même dans l'intervalle des crises.

En dehors de ces douleurs gastriques, le malade accuse encore une douleur vive dans l'épaule gauche, douleur qui ne survient guère qu'au cours des crises gastriques, et qui paraît même une irradiation de celles-ci. C'est comme une sensation de broiement au niveau de l'articulation et au niveau du bras, jusqu'au coude. Parfois, mais plus rarement, la moitié gauche du thorax est prise comme dans un étau ; l'épaule droite participe quelquefois à ces sensations douloureuses. Il n'y a pas d'autres phénomènes douloureux ; pas de céphalée.

Il n'y a, du côté du système nerveux, aucun autre trouble sensitif, ni sensoriel. Il n'existe pas de trouble moteur ; le malade marche très bien, aussi bien la nuit que le jour, monte et descend très facilement les escaliers, fait de la bicyclette. Il a parfois quelques légers vertiges. Du côté des sphincters, le fonctionnement n'est pas toujours normal ; pendant les crises notamment, le malade éprouve souvent de la difficulté à uriner ; il est resté parfois jusqu'à 24 heures sans vider sa vessie ; il n'a cependant

jamais eu besoin d'être sondé. A certains moments, il a, au contraire, un certain degré d'incontinence.

Le malade ne tousse pas, ne crache pas, n'a ni dyspnée, ni palpitations, ni œdèmes ; il n'a jamais eu d'autres hémorragies que ses légères hématémèses.

Il a maigri ; il se plaint de faiblesse générale ; il n'a jamais eu de fièvre. Il est assez nerveux, mais n'a jamais eu de crises de nerfs.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans et demi, le malade a commencé à éprouver, après le petit déjeuner du matin, une sensation de pesanteur épigastrique, quelques renvois et quelques vomissements alimentaires (lait caillé).

Les crises douloureuses violentes datent d'il y a deux ans. Elles étaient, au début, plus longues qu'actuellement, durant environ sept à huit jours, mais beaucoup moins fréquentes ; c'est ainsi que la première a été séparée de la seconde par un intervalle de près de six mois.

Depuis ces deux ans, le malade a dû interrompre tout travail, tant à cause des phénomènes douloureux que de la diminution générale de ses forces.

Depuis le début des accidents, le malade a déjà consulté bon nombre de médecins ; il a même séjourné dans un service des hôpitaux de Marseille, où l'on a traité, sans grands résultats, son état gastrique. Son médecin traitant l'envoie actuellement de l'Ardèche à Montpellier, avec le diagnostic d'ulcus, pour qu'il y soit soumis à une intervention chirurgicale, et c'est de la clinique de Monsieur le professeur Forgue que le malade a été évacué dans notre service.

Antécédents personnels. — Pendant son service militaire, en 1902 (il y a 9 ans), le malade a eu une bronchite et un chancre. Ce chancre était unique, indolore. Il a été

suivi plus tard de « taches rouges et de plaies » sur le thorax, de chute des cheveux ; il ne semble pas y avoir eu de plaque muqueuse à la gorge, ni à l'anus. Cette syphilis n'a point été traitée.

Le malade nie tout éthylisme.

Il n'est pas marié.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, âgé de 72 ans. Mère morte à 65 ans, d'une attaque. Trois frères ou sœurs en bonne santé.

En présence d'un pareil malade, quelles sont, d'après les données de l'interrogatoire, les hypothèses que nous pouvons émettre en vue de les contrôler par l'examen ultérieur ?

Le syndrome qui ressort nettement de cette histoire est celui de *gastralgie avec vomissements survenant d'une façon discontinue, de crises gastriques.* Ces crises gastriques peuvent être dues à bien des causes, mais on les rencontre surtout dans certaines affections de l'estomac (organiques ou dynamiques), et dans les affections du système nerveux, en particulier dans le tabes.

Avons-nous affaire ici à une lésion stomacale, à un *ulcus,* comme le pensait le médecin traitant ? Nous avons, sans doute, la douleur vive et les hématémèses, mais ce n'est pas la douleur en broche, ce ne sont pas les hématémèses fréquentes et à sang rouge de l'ulcus. Est-ce un *cancer* ? Outre que ce malade n'en a pas l'âge, il n'en a pas l'anorexie si caractéristique ; un cancer gastrique est ordinairement moins douloureux et ne met guère deux ans à évoluer. S'agit-il d'un simple trouble fonctionnel, d'une *dyspepsie hyperchlorhydrique* ? Ce diagnostic serait plus plausible, quoiqu'il n'y ait pas de signe marqué d'hyperacidité, de pyrosis.

Contre toute atteinte gastrique, tant fonctionnelle qu'or-

ganique, plaide d'ailleurs l'absence de rapport chronologique entre les phénomènes douloureux et l'alimentation, et surtout l'intermittence du syndrome avec accalmie complète dans l'intervalle des crises.

Tout nous conduit à penser qu'il s'agit plutôt de *crises gastriques nerveuses*. Sont-ce des *crises d'origine névrosique* ? Rien dans les antécédents ni dans l'aspect du sujet ne nous y fait penser. Est-ce du *tabes* ? L'interrogatoire, intentionnellement aiguillé dans ce sens, nous a permis de découvrir quelques crises douloureuses autres que les crises gastriques (douleur dans l'épaule gauche), quelques légers troubles sphinctériens, et des antécédents spécifiques.

D'après cette discussion préliminaire, nous nous livrons à l'examen de notre malade, que nous dirigeons d'abord du côté du tube digestif, ensuite et surtout du côté du système nerveux.

A l'examen, nous sommes en présence d'un sujet amaigri, de teint pâle.

Sa langue est grise ; son abdomen plutôt rétracté ; il est souple, tant au niveau de l'hypogastre et des flancs qu'au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre gauche, sièges habituels de la douleur. La palpation superficielle et profonde de l'estomac ne détermine aucune douleur, ne réveille aucune contracture de la paroi. On peut même enfoncer profondément le poing de toutes ses forces au niveau du creux épigastrique jusqu'à rejoindre presque la colonne vertébrale, sans déterminer la moindre sensation désagréable.

Le sujet n'a pas de crise au moment où nous l'explorons, mais il en a eu une la veille, et il en a conservé les vomissements ; ils ne sont pas très abondants et paraissent constitués par un liquide surtout aqueux, légèrement

filant et glaireux, et quelque peu teinté en jaune par de la bile.

Après l'examen du tube digestif, nous dirigeons surtout notre exploration vers le *système nerveux,* notre attention ayant été attirée de ce côté par l'interrogatoire. ..

Motilité. — Le malade n'a de faiblesse, ni de mouvements anormaux dans aucun de ses membres ; il exécute normalement et sans aucun phénomène ataxique tous les mouvements qu'on lui dit d'exécuter dans son lit, même les yeux fermés. Lorsqu'on s'oppose avec force à la mobilisation de ses divers segments articulaires, tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, on sent une force de contraction considérable.

La marche est normale, sans incoordination aucune ; toutefois, quand on ordonne au sujet de se retourner brusquement, il perd quelque peu l'équilibre et présente une ou deux oscillations d'ailleurs très courtes et de peu d'amplitude, qui passeraient inaperçues à un examen superficiel.

Le malade se tient bien, les yeux fermés, sur les deux pieds, dont les talons sont appliqués l'un contre l'autre. Lorsqu'on recherche le Romberg sur un seul pied, on trouve à l'un des examens quelques oscillations, mais plusieurs autres recherches de même ordre demeurent négatives.

Les *réflexes* rotuliens sont diminués, surtout le gauche, mais ils existent encore ; les réflexes achilléens sont, eux aussi, affaiblis, mais plus à droite qu'à gauche. Les réflexes antibrachiaux sont normaux.

Les réflexes crémastériens et abdominaux sont conservés des deux côtés.

Le chatouillement léger de la plante du pied détermine, à cause de l'hyperesthésie, un mouvement de rétraction to-

tale du pied, mouvement de défense, mais il n'existe pas de réflexe localisé au gros orteil.

Sensibilité superficielle. — Le malade sent très bien le moindre contact, le moindre effleurement. La piqûre, même forte, ne détermine pas de douleur immédiate, et n'est perçue que comme un contact, tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs ; mais, au bout d'une à deux minutes, le malade ressent la douleur. La sensibilité thermique est conservée. Sensibilité stéréognostique et sens des attitudes conservés.

Sensibilité profonde. — La percussion assez forte des tibias avec le marteau à réflexes ne détermine point de douleur. La pression vigoureuse des tendons d'Achille, des tendons bicipitaux et tricipitaux est indolore ; sensibilité des testicules, de la langue, de la trachée, du globe oculaire, émoussée, mais non abolie. Anesthésie complète du creux épigastrique, même à une pression très profonde.

Pas d'atrophie musculaire.

Hypotonie marquée des membres inférieurs ; pied ballant ; le malade peut faire le grand écart ; phénomène de l'angle du genou.

La *langue* a sa motilité normale ; elle n'est pas animée de tremblements ; elle ne présente pas d'atrophie.

Yeux : motilité normale ; vision normale ; pas de diplopie ; les pupilles sont dilatées, inégales (la gauche est plus dilatée), non contractiles.

Sensibilité auditive, gustative, nasale, normale.

Pas de stigmates névrosiques, pas d'hémianesthésie, pas de rétrécissement du champ visuel ; simple anesthésie pharyngée.

Du côté des autres appareils, rien d'important à noter, sauf, du côté de l'appareil circulatoire, un éclat diastoli-

que à l'aorte et des artères un peu dures ; tension artérielle au sphygmomanomètre Potain, 16,5 ; pouls, 96.

Analyse d'urine : quantité, 1900 ; densité, 1017 ; réaction alcaline ; urée, 2 gr. 2 ; chlorure, 2 gr. 70 ; pas d'albumine, pas de sucre.

Discussion du diagnostic. — L'examen nous a montré ce que déjà nous avions supposé : l'absence de lésion stomacale appréciable et, au contraire, du côté du système nerveux, des signes de *tabes* : Argyll-Robertson, troubles de la sensibilité consistant en retard de la perception douloureuse et abolition ou diminution très considérable de la sensibilité profonde, hypotonie extrême. Ces signes, joints à ceux tirés de l'interrogatoire (douleurs dans l'épaule, légers troubles sphinctériens), sont suffisants pour affirmer ce diagnostic. Toutefois, il s'agit d'un *tabes fruste ;* les réflexes rotulien et achilléen ne sont pas abolis, mais simplement diminués ; le Romberg est léger, seulement sur un pied ; il n'y a pas la moindre ataxie, ou à peine quelques oscillations autour du centre de gravité quand le malade se retourne brusquement. Ce diagnostic est confirmé par la ponction lombaire, qui montre une *lymphocytose légère* du liquide céphalo-rachidien.

Notre diagnostic est donc : *crises gastriques d'origine spécifique,* et nous instituons le traitement par les injections de bi-iodure de mercure.

Depuis plus d'un mois que le malade est dans nos salles, nous avons eu l'occasion de l'étudier en particulier au point de vue de ses crises gastriques.

Ces crises, nous les avons vu se répéter sous nos yeux, avec des souffrances telles que nous avons entendu le malade hurler de douleur pendant la visite, que nous l'avons vu prendre dans son lit les positions les plus bizarres pour essayer de les calmer, tantôt complètement allongé,

presque en opisthotonos, tantôt, au contraire, le corps replié en deux. Même au cours de ces crises si violentes, la pression profonde du creux épigastrique a été particulièrement indolore et n'a jamais révélé de contracture abdominale.

Ces crises se sont renouvelées à intervalles assez irréguliers, espacées de deux à trois jours au début, mais bientôt plus fréquentes, presque continues, avec des paroxysmes. Certaines de ces crises ont duré quelques heures, d'autres jusqu'à 24 heures. Elles ont été accompagnées de vomissements aqueux et bilieux, assez abondants, remplissant presque toute une cuvette. Enfin, à trois reprises, nous avons constaté une coloration noir de café des vomissements survenus à la fin de crises de longue durée ; il s'agissait nettement de sang digéré, plus ou moins dilué dans du liquide aqueux ; l'hématémèse était chaque fois peu abondante ; il n'y avait pas de caillots. Jamais nous n'avons constaté de sang rouge. Une ou deux fois, à la suite d'hématémèse, il y a eu un peu de melœna.

L'examen chimique des vomissements aqueux a donné une acidité totale de 0 gr. 74 (exprimé en HCl), sans acide chlorhydrique libre ; présence de sang.

Le chimisme gastrique en dehors de la crise, étudié après un repas d'épreuve (un petit pain et 100 gr. de thé), retiré une heure après l'ingestion (en amorçant la sonde avec 500 gr. d'eau), a donné les chiffres suivants (professeur Derrien) :

Acidité totale en HCl : 0 gr. 14 0/0 ;
Acide chlorhydrique libre : 0 ;
(Réaction de Gunsbourg négative) ;
Acide lactique (réaction de Berg positive) ;
Sang (réaction de Kastle-Meyer positive).

Certaines des crises, les plus violentes, se sont accompagnées de hoquet. Pendant certaines crises, le pouls est fréquent, tendu ; la tension au sphygmomanomètre Potain a monté jusqu'à 21. Quand le malade ne souffre plus, il a faim et mange même parfois gloutonnement.

En dehors de la médication hydrargyrique générale, un certain nombre d'essais thérapeutiques ont été tentés contre les crises gastriques : application de vessie de glace au creux épigastrique, vésicatoire à l'épigastre, pansé avec un centigramme de morphine, pulvérisation de chlorure d'éthyle, injection de morphine, injection de pantopan (un centimètre cube matin et soir), ponction lombaire au moment de la crise, inhalations de nitrite d'amyle, injection sous-arachnoïdienne de novocaïne.

Aucune de ces médications n'a eu d'efficacité bien nette ; le chlorure d'éthyle a paru calmer une des crises. La ponction lombaire (soustraction de 10 cent. cubes) n'a pas calmé les douleurs, ni les vomissements ; elle a eu peut-être un certain effet sur la tension artérielle : 21 avant la ponction, 13 immédiatement après cette dernière ; dans cet abaissement de la tension, il faut sans doute faire jouer un rôle, non seulement à la soustraction de liquide, mais peut-être à la douleur, cette ponction ayant été particulièrement pénible ; le lendemain, la tension était remontée à 16.

Pas de modifications du côté du système nerveux ; réflexes rotuliens simplement diminués. Constipation opiniâtre.

En résumé les quelques *particularités de ce cas* sont :

1° L'intensité et le caractère presque subintrant des *crises gastriques,* contre lesquelles toute thérapeutique est restée jusqu'ici impuissante.

2° *Le caractère fruste du tabes* qui a besoin d'être soi-

gneusement recherché pour être dépisté ; Romberg très atténué, pas d'ataxie, pas de Westphall, mais troubles de la sensibilité profonde.

3° Surtout les *hématémèses* qui ont permis la confusion avec l'ulcus gastrique.

ETUDE CLINIQUE

Les hématémèses des tabétiques ont pour caractéristique de ne survenir qu'au cours des crises gastriques, jamais en dehors d'elles.

Il s'agit, dans un assez grand nombre de cas, en particulier dans le cas de MM. Rauzier et Roger, de tabès au début n'ayant encore que peu de signes, de tabès préataxique, d'où les erreurs fréquentes de diagnostic.

Crises gastriques avec hématémèse

Les hématémèses accompagnent toujours les crises gastriques, il est nécessaire de décrire l'ensemble de la crise gastrique avec hématémèse, il nous faut distinguer la douleur, le vomissement qui est ici un vomissement sanglant, le retentissement sur l'état général.

1° *La douleur.* — Les douleurs débutent brusquement en pleine santé générale, plus rarement elles sont précédées de prodromes, vertiges, éblouissements, frissons, sensation d'abattement, exceptionnellement de quelques troubles dyspeptiques. Elles sont particulièrement inten-

ses, « dépassant, suivant l'expression de Marie, tout ce qu'un être humain peut supporter de souffrance », et plusieurs fois nous avons entendu hurler de douleur le malade de M. Rauzier. Le malade les compare à une morsure intérieure, à un fer chaud dans l'estomac, à une vrille qui lui perforerait le ventre, à une sensation de broiement, d'arrachement. Elles ne sont calmées par aucune position, bien que le sujet cherche les situations les plus abracadabrantes, tantôt plié en deux, courbé en avant et les genoux complètement repliés contre le tronc, tantôt en opisthotonos. Les crises gastriques qui s'accompagnent d'hématémèse sont parmi les plus violentes qu'on observe au cours du tabès.

Le siège de la douleur est maximum à l'épigastre, mais il s'irradie dans le dos, les lombes, aux fausses-côtes, parfois même à la région interscapulaire, simulant l'ulcus. Chez le malade de MM. Rauzier et Roger, il y avait une irradiation assez spéciale dans l'épaule et le bras gauche jusqu'au coude.

Ce qui caractérise cette douleur, c'est qu'elle est particulièrement rebelle à toute thérapeutique et qu'après un temps plus ou moins long, elle disparaît brusquement pour ne reparaître qu'à intervalles plus ou moins éloignés, laissant entre chaque période un état de santé excellent.

Heitz et Lortat Jacob ont signalé pendant certaines crises une tendance d'anesthésie de la région thoracique entre les cinquième et neuvième côtes. Beaucoup plus surprenante, quand on la constate, et par suite beaucoup plus utile au diagnostic est l'anesthésie profonde du creux épigastrique, qui permet, comme chez notre malade, même au cours des paroxysmes douloureux les plus violents, d'enfoncer le poing jusqu'à la colonne vertébrale. Ce n'est là qu'une des manifestations de l'insensibilité profonde dont M. le professeur Grasset a si lumineusement montré

le rôle prépondérant dans le tabès : anesthésie tendineuse et osseuse, anesthésie des viscères (testicule, trachée, langue, œil).

2° Vomissement et hématémèse. — A la douleur s'associent les vomissements ; d'abord alimentaires, ils se répètent et n'évacuent bientôt plus que du mucus et de la bile. Parfois ils se font à jeun, à vide ; ce sont les plus douloureux. Ils calment assez souvent et pendant quelque temps les douleurs ; aussi le malade cherche-t-il à les provoquer en enfonçant les doigts dans sa bouche, par exemple, ou à les rendre plus faciles en absorbant de grandes quantités d'eau.

C'est au cours de ces vomissements que peut survenir l'hématémèse. C'est le plus souvent vers la fin de la crise et surtout vers la fin des crises les plus violentes que le vomissement se teinte de sang ; plus rarement, c'est au début de l'accès. Il est rare que se soient les premières crises tabétiques qui soient ainsi accompagnées d'hématémèse, comme dans les cas de Bovet et Huchard, de Vallas et Cotte ; c'est presque toujours quelques mois (Bourguignon, Rauzier et Roger), ou même plusieurs années (Ewald, Defève) après le début des accidents gastriques qu'apparaît l'hématémèse. Celle-ci n'accompagne pas d'ailleurs toutes les crises, sauf dans quelques cas exceptionnels (Kollarits). Elle survient aussi bien au cours de crises avec hypochlorhydrie (Rauzier et Roger), qu'au cours des crises avec hyperchlorhydrie (Bovet et Huchard).

Le sang rendu est de couleur variable : tantôt rouge vermeil, du moins au début (Bourguignon), tantôt, au contraire, noir, marc de café (Rauzier et Roger), quand il a séjourné un certain temps dans l'estomac et a été en partie digéré. Quant à la quantité, elle est, elle aussi, bien dif-

férente suivant les cas ; de simples stries de sang (Petit-jean), une écuelle de sang pur (Strauss) ; dans un cas tout à fait exceptionnel de Lépine, rapporté par Defève, l'hématémèse atteignit un jour près d'un litre. D'une façon générale on a affaire à un vomissement teinté en noir par du sang et qui, dans la cuvette, laisse déposer quelques grumeaux analogues à de la suie ou du marc de café. Le sang étant ainsi mélangé à du liquide aqueux ou glaireux, il est bien difficile d'en apprécier la quantité exacte. Cette coloration spéciale des vomissements a permis à Charcot de désigner ces crises du nom imagé de « crises noires ».

Le sang de la gastrorragie ne s'écoule pas toujours complètement par vomissement ; il en passe une partie dans l'intestin, d'où le melaena qui suit certaines de ces crises noires (Rauzier et Roger). Fait assez anormal, le malade de Crouzon aurait eu, la veille d'une de ses crises gastriques avec hématémèse, une assez abondante évacuation de sang noir dans les selles, qui aurait fait suite à une constipation opiniâtre. L'autopsie montra, quelques jours après, l'existence dans l'intestin de suffusions hémorragiques, larges comme des pièces de cinq francs et pouvant expliquer ce melaena.

Les hématémèses, tout comme les crises gastriques, surviennent sans cause appréciable et disparaissent subitement comme « par enchantement » (Defève).

3° Etat général. — L'hématémèse est rarement assez abondante et assez fréquente pour causer, par elle seule, de l'anémie et un retentissement sur l'état général. Mais la crise gastrique, comme toute douleur intense, détermine d'habitude une forte dépression nerveuse. La physionomie est abattue, les yeux anxieux, les traits expriment à la fois la douleur et le désespoir. Le malade, tout d'abord

agité, cherche en vain dans son lit une position qui lui soit convenable ; il clame haut sa douleur, mais bientôt, dans les crises graves, il est plongé dans un état de stupeur presque voisin du collapsus : visage pâle et amaigri, yeux excavés, traits tirés, téguments cyanosés et extrémités refroidies, hoquet. Le pouls est rapide, parfois hypertendu, comme Pal l'a bien montré et comme MM. Rauzier et Roger l'ont vérifié au cours d'une des crises de leur malade (tension artérielle 21 au sphygmomanomètre Potain, alors qu'elle était normalement de 16).

Lorsque les crises sont terminées, le malade se sent généralement bien ; il mange de bon appétit et parfois même gloutonnement. Si les crises se rapprochent sans grand intervalle, il devient inquiet et hypochondriaque, toujours dans la crainte d'un nouveau paroxysme douloureux.

Comme nous l'avons déjà indiqué et comme nous ne saurions trop le répéter, les hématémèses accompagnent généralement les crises intenses, les crises graves, celles qui ont une assez longue durée, jusqu'à une et deux semaines, parfois davantage, avec quelques périodes d'accalmie. De telles crises déterminent plus que d'autres un état de dépression d'anémie lent à disparaître.

Tabes

Il n'est pas dans notre intention de décrire ici les symptômes du tabès que l'on rencontre tant au cours des hématémèses qu'en dehors d'elles. Rappelons qu'il s'agit souvent de tabès au début, de tabès fruste dont il faut recher-

cher avec soin tous les signes ; nous reviendrons sur ce point à propos du diagnostic.

Il est fréquent de voir, au cours des crises gastriques intenses, comme celles avec hématémèse, s'accentuer passagèrement des symptômes de tabès qui, dans l'intervalle, sont à peine ébauchés, ne sont pas bien nets.

DIAGNOSTIC

En présence d'un malade qui, par périodes, souffre de la région épigastrique, vomit abondamment et a des hématémèses, on est, au premier abord, plus disposé à porter le diagnostic de lésion de l'estomac que celui de crises gastriques du tabès. Ainsi s'expliquent les nombreuses erreurs de diagnostic qui ont été commises, du moins au début de leur évolution. Ce n'est guère que l'analyse minutieuse du cas qui permet de rapporter ces troubles à leur vraie cause.

I. Crises gastriques avec hématémèses survenant au début du tabès. — On désigne sous le nom général de *crises gastriques* des accidents gastriques aigus (douleurs, vomissements, hypersécrétion) qui apparaissent brusquement, cessent de même, et sont séparés par des périodes où l'estomac n'est pas en cause (Roux). On les rencontre surtout dans le tabes, mais au cours de toutes les affections stomacales avec des paroxysmes violents, ulcus gastrique, névroses (gastralgie hystérique), spasmes réflexes du pylore, gastrite toxique, au cours d'affections à point de départ plus éloigné, mais à retentissement gastrique, comme lithiases biliaires et rénales,

hernies de la ligne blanche, affections génitales, appendicite, parasites intestinaux et aussi au cours de quelques maladies générales, paludisme, diabète sucré, maladie d'Addison. Or, comme un très grand nombre de ces causes, en particulier les diverses lésions ou troubles fonctionnels gastriques, peuvent également déterminer des hématémèses, on conçoit toute la difficulté qu'offre le diagnostic d'hématémèse tabétique quand les signes du tabes ne sont pas nettement apparents et ont besoin d'être recherchés.

L'hématémèse tabétique n'a, dans son abondance, sa couleur, sa fréquence ou sa répétition, aucun signe bien particulier, mais les crises gastriques qui les accompagnent ont des caractères suffisamment nets qui permettent de les reconnaître et de les différencier des autres crises gastriques et, par suite, de rapporter au tabes ces hématémèses. Il n'y a d'abord aucun symptôme d'une affection organique du tube digestif : la palpation, tant à l'épigastre que dans l'hypochondre gauche, ne montre aucune résistance superficielle ni profonde. L'accès lui-même a un début rapide. Les douleurs et les vomissements ont une violence qu'on ne rencontre guère dans les lésions de l'estomac et qui contrastent avec l'intégrité des fonctions digestives dans l'intervalle des crises. Ces crises sont particulièrement rebelles aux divers essais thérapeutiques qu'on tente pour les combattre. Elles disparaissent spontanément et ont une convalescence rapide. Parfois elles se répètent périodiquement. Tels sont les principaux signes des crises gastriques tabétiques.

Quand une analyse détaillée nous a mis en présence d'un pareil tableau, il faut tout de suite songer au tabes. A défaut des grands signes (ataxie, paraplégie) que le malade signalerait lui-même, il faut, par l'interrogatoire, en

rechercher les petits accidents, tels que diplopie passagère, diminution de la vue, difficulté à uriner, chute spontanée des dents, mal perforant, fractures spontanées ; il faut obtenir les aveux du malade au sujet de sa spécificité ; il faut surtout dans son examen rechercher les signes et symptômes qui, en raison de leur nature, échappent à la conscience du malade, état des réflexes tendineux, état des pupilles, du tonus musculaire, de la sensibilité. Même si l'on ne trouve pas l'abolition complète des réflexes rotuliens, le signe de Romberg très net, on tiendra compte d'un simple affaiblissement des réflexes, d'un Romberg sur un pied pour pousser plus en avant ses investigations, et on trouvera alors, comme dans le cas de MM. Rauzier et Roger, inégalité pupillaire et signe d'Argyll Robertson, et surtout hypotonie marquée allant jusqu'au grand écart, anesthésie profonde des tendons des os, des viscères, anesthésie du creux épigastrique, permettant même, en pleine crise gastrique, d'enfoncer le poing jusqu'à la colonne vertébrale. Si l'on a encore quelque hésitation, la ponction lombaire, en décelant une lymphocytose et une albuminose plus ou moins marquées, lèvera tous les doutes. Ainsi, par un examen minutieux, on évitera, même dans les tabes les plus frustes, une erreur de diagnostic.

Ainsi on ne confondra pas avec l'ulcus, erreur de diagnostic le plus habituellement commise. Un grand nombre, pour ne pas dire la plupart des hématémèses tabétiques, ont été, du moins au début, prises pour des ulcères de l'estomac, et cela par les médecins les plus éminents : Charcot, Vulpian, Bouchard (obs. Petitjean), Huchard et Bovet. Les malades de Vallas et Cotte, de Tédesko ont même subi une et jusqu'à deux laparotomies ; à la vérité, celui de Vallas et Cotte en retire quelque bénéfice, puisque la dénudation du

plexus solaire fait cesser crises et hématémèses. Pareille erreur est excusable à cause d'un grand nombre de points communs : douleurs, hémorragie, vomissement, âge jeune du sujet. Toutefois, dans l'ulcus, les douleurs ont un caractère de transfixion qu'elles n'ont pas dans le tabes et sont plus en rapport avec les écarts alimentaires ; les hématémèses sont plus rutilantes ; le chimisme, toujours hyperacide alors qu'il est variable, parfois hypoacide, dans le tabes, la présence de l'anesthésie profonde du creux épigastrique, en dehors des crises et surtout pendant la crise, ne permet pas de prendre un tabes pour un ulcus.

On ne confondra pas avec le *cancer de l'estomac* (nous voulons parler de la forme érosive assez fréquente de cancer qui ne s'accompagne pas de tumeur appréciable). Mais c'était la première impression que donnait une malade amaigrie, émaciée de Bourguignon. Le cancer survient à un âge plus avancé que le tabes, abolit l'appétit d'une façon plus continue, détermine des douleurs moins vives des hémorragies plus abondantes et un teint jaune paille assez spécial.

En somme, la plupart des erreurs de diagnostic proviennent de ce qu'on ne pense pas assez aux crises gastriques du tabes.

II. Crises gastriques avec hématémèse chez un tabétique avéré. — Lorsque un malade présente, par crises, des gastralgies très douloureuses avec vomissements abondants et parfois teintés de noir et qu'à l'examen on trouve l'Argyll Robertson, Westphall, Romberg, l'incoordination, on n'a aucune difficulté à rattacher ces hématémèses au tabes ; de même, quand on retrouve non point tout l'en-

semble du tableau, mais des signes indubitables, quoique moins complets de tabes.

Il est cependant quelques cas, exceptionnels à la vérité, où une telle relation de cause à effet peut être discutée.

Il arrive parfois que le tabétique est un alcoolique, ou bien que des traitements prolongés ou multiples ont irrité sa muqueuse gastrique, et ce processus de *gastrite éthylique ou médicamenteuse* pourra être la cause d'hématémèses. Mais il s'agit alors de crises douloureuses moins violentes, modifiées par le régime et les vomissements ne présentent jamais qu'à peine quelques stries de sang.

Un *cancer de l'estomac* peut fort bien évoluer chez un tabétique. Un malade de Roques et Chaber fait un premier séjour à l'hôpital pour tabes et crises gastriques éthyliques, puis un second avec douleurs paroxystiques indépendantes de l'alimentation et vomissements aqueux faisant penser à des crises tabétiques ; toutefois, les douleurs se faisaient sentir surtout la nuit et persistèrent plusieurs mois sans intervalle. Au bout d'un certain temps, on perçut à la palpation un noyau néoplasique ; l'autopsie montra, outre les lésions médullaires du tabes, une néoplasie gastrique avec nodules secondaires dans le foie, le mésentère. Cette association du tabes et du cancer de l'estomac ne s'est pas accompagnée, dans ce cas, d'hématémèse ; mais le fait aurait pu se produire ; il est même étonnant qu'il n'y ait pas eu d'hématémèse. L'*association*, plus difficile à dépister, de *tabes et d'ulcus* n'est pas, elle non plus, impossible.

Le tabétique étant presque toujours, sinon toujours, un ancien syphilitique, est exposé à faire de la *syphilis gastrique*. Cette affection est extrêmement rare ; mais son

existence a été bien démontrée par Hayem (1) et elle a fait depuis l'objet d'un assez grand nombre de travaux. Pater (2), Morgan (3), Kohn (4) reconnaissent à la syphilis gastrique acquise une forme diffuse (processus de gastrite avec gommes microscopiques), une forme néoplasique, une forme ulcéreuse, particulièrement étudiée par Dieulafoy (5), susceptible de faire des hématémèses.

L'hystérie s'associe souvent au tabes (Vires, Bauer et Dobrovitch). La crise gastralgique de l'hystérique est le plus souvent plus dramatique que celle du tabétique, s'accompagne de crises violentes, de larmes abondantes d'agitation extrême et d'attitudes sensationnelles ; elle augmente avec l'intérêt qu'y porte l'entourage et est susceptible d'amélioration par la psychothérapie. Toutefois, la distinction n'est pas toujours aussi nette, et lorsqu'au cours d'un hystéro-tabes surviendra une hématémèse, il sera souvent difficile de la rapporter à sa vraie cause. Vires publie, dans sa thèse, deux observations d'hystéro-tabétiques présentant des vomissements noirs. Pour l'un d'entre eux (voir obs. XV), où l'on avait même porté le diagnostic de cancer gastrique, Vires conclut, à cause de la marche cyclique et régulière des crises et de leur coïncidence avec des douleurs fulgurantes, à leur origine tabétique. Quant à l'autre malade (obs. XVI de sa thèse), manifes-

---

(1) Hayem. La syphilis stomacale. Presse médicale, 1905, p. 105. — Un nouveau cas de syphilis stomacale. Ibid, 1906.

(2) Pater. Syphilis de l'estomac (Rev. gén.). Gazette des Hôpitaux, 1907, pp. 1527-1583.

(3) Morzen. Syphilis de l'estomac. Amer. med., juin 1906.

(4) Kohn. Syphilis de l'estomac et de l'intestin. The amer. journ. of med Sc. T. CXXXVII, n° 448 (Réf. La clinique, 1910, p. 76).

(5) Dieulafoy. Leçons cliniques, pp. 837-8.

tations tabétiques et manifestations hystériques sont tellement intriquées qu'il lui est difficile de conclure. Toutefois, en 1896, époque où Gilles de la Tourette venait d'insister à la Société médicale des hôpitaux (1894) sur les rapports entre l'ulcus et l'hystérie et admettant même l'existence d'un ulcère rond hystérique, il semble que Vires soit porté à rapporter tout au moins certaines des hématémèses de ce malade à l'hystérie, plutôt qu'au tabes ; aujourd'hui, nous connaissons mieux les hématémèses tabétiques et l'existence d'une hématémèse hystérique est de plus en plus battue en brèche par la plupart des neurologistes ; nous les rattacherons toutes plus volontiers au tabes.

Reste un dernier groupe de faits encore plus malaisés à classer, parce que plus troublants et plus difficiles à expliquer. Il s'agit de deux observations à peu près superposables d'Alquier (obs. XII de la thèse de Mlle Wayncop) et de Tolot et Froment : du vivant du malade, on a des signes de tabes avec crises gastriques et hématémèses, et à l'autopsie, la moelle ne présente pas d'altération des cordons postérieurs. Ces deux observations méritent d'être analysées.

Dans le cas d'Alquier, un homme non syphilitique est pris, en 1886, à 54 ans, de crises gastriques avec vomissements alimentaires, puis de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. A plusieurs reprises, divers médecins portent le diagnostic de tabes à cause d'une incoordination considérable aux membres inférieurs, légère aux membres supérieurs, à cause de l'abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, des troubles urinaires, des crises gastriques, du signe d'Argyll Robertson.

En 1898 (67 ans), les crises sont des plus intenses ; à l'hôpital, on en observa une dans le service du docteur

Mathieu, ayant débuté par du mélœna et le rejet par la bouche d'une demi-assiette de liquide marc de café, puis nettement sanglant ; deux autres hématémèses suivent au cours de la même crise. En mars 1899, le malade présente des signes nets de sténose pylorique. L'autopsie montre un ulcère prépylorique ancien ayant, par cicatrisation, déterminé une sténose incomplète. Le cerveau, le cervelet, la moelle sont sains en apparence ; les coupes de la moelle, faites par Alquier au laboratoire de la Salpétrière, montrent son intégrité complète. Mlle Wayncop, qui publie la photographie de ces coupes et cette observation, ne croit pas pouvoir rapporter ces crises gastriques à la simple affection gastrique. Les racines et les nerfs n'ayant pas été étudiés, on ne peut savoir s'il s'agit d'un pseudo-tabes névritique ou radiculaire. A cause des vertiges fréquents, on peut se demander s'il ne s'agissait pas d'une lésion cérébelleuse, ne se traduisant que par des altérations histologiques ; mais ceci n'est qu'une hypothèse.

Le cas de Tolot et Froment est ainsi résumé par les auteurs : « Parésie des membres inférieurs à évolution progressive et crises gastriques à répétition, ayant débuté à l'âge de 22 ans, sans causes connues. Depuis un an, impotence complète des membres inférieurs, rétention intermittente d'urines, crises gastriques plus fréquentes. A l'entrée, crise gastrique prolongée avec ballonnement abdominal et intolérance gastrique complète, atrophie et parésie des membres inférieurs sans ataxie, abolition des réflexes rotuliens, myosis, signe d'Argyll. Disparition spontanée des symptômes gastriques, puis, quinze jours après, nouvelle crise, altération de l'état général, hématémèse terminale.

» *Résumé de l'autopsie et de l'examen histologique.* — *Moelle* : intégrité des cordons, pigment jaune et chromatolyse surtout nette dans les cellules des cornes antérieures. *Estomac* : cicatrice d'ancien ulcère juxtapylorique, ecchymoses, absence d'érosions.

» Conclusions : les seules lésions constatées sont le pigment jaune et la chromatolyse, surtout nette dans les cellules des cornes antérieures. Il est bien vraisemblable que les troubles moteurs des membres inférieurs observés n'ont pas leur origine dans les altérations de la moelle. Les altérations cellulaires observées cadreraient bien avec de la névrite. »

Comment, dans pareils cas, éviter de pareilles erreurs de diagnostic ?

PATHOGENIE

Par quel mécanisme se fait l'hématémèse des tabétiques ? Parmi les trois facteurs qui sont habituellement en cause dans la production des hémorragies, lésion des parois vasculaires, modification de la tension sanguine, altération du sang (1), les deux premières seules peuvent *à priori* être incriminées dans les crises noires du tabes. Y a-t-il lésion organique ? ou s'agit-il d'un simple trouble fluxionnaire d'origine nerveuse, d'un phénomène vaso-moteur ? le problème est difficile à trancher à cause de la rareté des vérifications anatomiques qui ont pu être pratiquées.

1° *Lésion organique.* — En faveur d'une lésion organique, nous avons deux autopsies : celle de Crouzon, où l'estomac était considérablement diminué de volume, tout ratatiné, à parois hypertrophiées et où l'examen histologique montra un processus de gastrite subaiguë atrophique ; et celle d'Ewald, petite ulcération gastrique avec érosion d'un vaisseau.

---

(1) Rauzier. La thérapeutique moderne des hémorragies. Province méd., 24 juillet 1909.

En outre, la question de l'origine organique ou anorganique des hématémèses tabétiques se rattache à celle de l'origine des crises gastriques elles-mêmes. Tolot et Froment ont réuni 17 autopsies de crises gastriques tabétiques ; 8 fois l'état de l'estomac n'est pas noté ; 3 fois il est mentionné plus ou moins complètement ; dans 3 de ces cas (Leyden, Jean Crouzon), les lésions stomacales étaient incontestables.

Pareilles constatations anatomiques peuvent être différemment interprétées : troubles trophiques d'origine tabétique analogues au mal perforant ; lésions d'artériosclérose favorisant l'extravasation sanguine et la rupture d'un vaisseau ; lésions ulcératrices dues à la violence des troubles fonctionnels, coïncidence avec le tabes d'une lésion stomacale.

L'hypothèse d'un trouble trophique analogue au mal perforant paraît peu vraisemblable, car ce processus devrait presque fatalement aboutir à la perforation stomacale, ce qui n'a jamais été constaté.

Celle de l'artériosclérose est plus plausible ; mais l'artériosclérose paraît plutôt jouer le rôle de cause adjuvante que de cause efficiente.

Il n'est pas impossible que « la violence et la répétition des crises aboutissent à de véritables lésions résultant des troubles fonctionnels que les crises déterminent, en particulier du côté des sécrétions et de la circulation de l'estomac. Il y a d'autres exemples dans la pathologie montrant que si la fonction fait l'organe, la fonction troublée peut créer la maladie. On sait que la myocardite existe souvent dans la maladie de Basedow (Mouisset). Enfin on peut imaginer la coexistence du tabes avec une lésion gastrique absolument indépendante, gastrite alcoolique ou médica-

menteuse, syphilis gastrique, ulcus ou cancer. Chez ces sujets, les caractères de la douleur et des vomissements seraient influencés par l'existence du tabes ; quand deux maladies coexistent, il n'est pas rare de voir l'une régler les modalités cliniques de l'autre, surtout quand l'une d'elles intéresse le système nerveux.

Cependant, s'il y a ulcération gastrique, il est difficile d'expliquer le caractère atroce des douleurs, l'intermittence des crises avec bonne santé dans l'intervalle, le peu d'abondance des hématémèses, l'absence de perforation.

Aux autopsies de Crouzon et Ewald, nous pouvons d'ailleurs opposer celle de Mathieu et Kollarits, où il n'y avait pas de lésion gastrique. La lésion est, en somme, inconstante : lorsqu'elle existe, elle ne suffit pas à expliquer tous les symptômes. Aussi faut-il faire une large place dans la pathogénie de ces hématémèses aux troubles congestifs et vasomoteurs.

2° *Troubles vasomoteurs.* — Ces troubles vasomoteurs expliquent fort bien à la fois tous les caractères de la crise en même temps que ceux de l'hématémèse.

Il semble que chez leur malade, opéré en pleine crise, Vallas et Cotte aient surpris ce trouble vasomoteur ; l'estomac a des dimensions normales, mais les vaisseaux sont très dilatés à la surface.

Ce sont eux qui sont en cause ; car ils déterminent pas mal d'autres accidents analogues au cours du tabes.

Ils provoquent des fluxions brusques de la face, associées quelquefois à de la migraine ; des flux séreux apparaissant sans réaction générale : rhinorrhée (Klippel et Lhermitte), gastrorrhée (Soupault), entérorrhée (Lœper), sialorrhée (Girode), sécrétion lactée (Sieling), épiphora, hy-

perhydrose (Noguès, Roemheld) (1) ; des œdèmes (Buzzerd) ; du dermographisme ; des éruptions diverses : herpès zoster (Sieding), urticaire (Charcot), Allan Geo) (2). Chez le malade de Vulpian, l'hématémèse s'accompagne chaque fois d'une éruption discrète des centres ou confluente, généralisée, de taches rosées, analogues tantôt à des taches rosées lenticulaires, tantôt à des plaques de roséole. Cette éruption dure quelques heures. On sait le rôle prédominant que Pal fait jouer aux crises vasculaires dans la physiologie pathologique des divers troubles du tabes. Il rattache en outre à des crises vasculaires des extrémités les crises d'érythromélalgie que Collier a vu coïncider avec des crises gastriques chez deux tabétiques.

Strauss, dans un mémoire sur les ecchymoses des membres inférieurs chez les tabétiques, est un des premiers à signaler les hémorragies dans le tabès et à les rattacher à des troubles vasomoteurs. Le purpura est signalé par Brissaud, par Faisans, dans sa thèse sur le purpura d'origine myélopathique (1882). Joffroy, Pitres, Raymond observent des ecchymoses sous-unguéales ; Buch (3), des bulles sanguinolentes dans la bouche d'un individu paraissant atteint d'ataxie ; Merklen et Heitz (4), un œdè-

---

(1) Roemheld. Tabes avec crises d'hyperhydrose unilatérale Med. corr. Bl. d. Wurtemberg, LXXVIII, 21, 1908.

(2) Allan Geo. Case of tabes dorsalis in a femorale in wich laryngeal crisis, ocular paralysis and vasomotor phenomena were early symptom. – Glasgow med. Journ., LXXII, 3, 1909.

(3) Buch. Obs. XI in Thèse Langlois. Paris, 1882.

(4) Merklen et Heitz. Crises gastriques du tabes compliquées d'œdème hémorragique aigu de la face. Soc. méd. hôp., 14 nov. 1902.

me hémorragique aiguë de la face compliquant des crises gastriques ; Brissaud (1), un épanchement séro-hémorragique des synoviales articulaires, au début des arthropathies tabétiques.

Raynaud (2) et plus tard Raymond et Oulmont (3) relatent le pissement de sang au cours de crises urétrales sans lésions des voies urinaires. Féré (cité par Lerat), Lerat, Strauss, Devic, Mlle Wayncop (obs. III) observent des entérorragies au cours des crises intestinales ; Féréol (4) (cité par Lerat), Lerat, Hallopeau, des hémoptysies, au cours de crises, de douleurs thoraciques térébantes.

Tous ces troubles vasomoteurs sont dus aux altérations du système vago-sympathique, dont on connaît bien les lésions dans le tabès, depuis les importants travaux de J.-Ch. Roux (Thèse Paris, 1900), Laignel, Lavastine (5), Heitz (6). « Rapprochement assez curieux chez les tabétiques, les troubles vasomoteurs coïncident avec les troubles de la sensibilité profonde qui sont sous la dépendance du même appareil vago-sympathique et qui jouent un rôle plus ou moins considérable dans chaque cas de tabès. » (Grasset) L'on peut se demander si dans le cas de MM. Rauzier et Roger il ne faut pas faire jouer un rôle tout à fait prépon-

---

(1) Brissaud. Leçon clinique, 1896, p. 307.

(2) Raynaud. Archives gén. de méd., 1876.

(3) Raymond et Oulmont. Gaz. méd. de Paris, 1881, p. 538.

(4) Féréol. Union méd., 1869.

(5) Laignel-Lavastine. Recherches sur le plexus solaire. Th Paris, 1903, n° 176

(6) Heitz. Les nerfs du cœur chez les tabétiques. Thèse Paris, 1903.

dérant aux altérations de ce vagosympathique, puisque les troubles de la sensibilité profonde et les crises gastriques avec hématémèses sont presque les seuls symptômes du tabès.

PRONOSTIC

Les hématémèses des tabétiques n'étant en général ni très abondantes ni très fréquentes, n'aggravent guère, en tant qu'hématémèses, le pronostic du tabès. Sans doute, on voit quelques malades succomber plus ou moins longtemps après leurs vomissements de sang. Mais ils ne meurent nullement d'hémorragie ; ils succombent à une déchéance progressive liée à leurs crises subintrantes, à leurs douleurs intolérables, à moins que cette cachexie, aboutissant quasi-fatal de l'ataxie locomotrice, ne soit interrompue par quelque maladie intercurrente, pneumonie, tuberculose, maladie infectieuse, ou par quelque complication, myocardite, cystite et pyélonéphrite.

Ce qui fait le pronostic des hématémèses tabétiques, ce n'est donc pas l'hémorragie mais la crise gastrique qui l'accompagne. Or, comme ces crises sont parmi les plus violentes, on comprend que le malade sort plus facilement fatigué, affaibli et épuisé.

Le pronostic s'aggrave encore du fait de notre impuissance thérapeutique contre de pareilles crises.

TRAITEMENT

L'hématémèse ne constitue guère une indication importante dans la crise gastrique tabétique : ce n'est qu'au cas où elle se prolongerait qu'on devrait mettre en œuvre les diverses méthodes hémostatiques : injection de chlorure de calcium, injection d'ergotine, etc. Il faudra toujours recommander au malade le repos et les boissons glacées prises en petite quantité, les petits fragments de glace.

Les principales indications sont, d'une part, le traitement du tabes : traitement par les injections intramusculaires de sels mercuriels solubles, injection intrarachidienne d'électromercurol (1), de chlorure de sodium (2) ; d'autre part et surtout les crises gastriques.

Contre ces crises gastriques, un grand nombre d'indications ont été successivement employées, ce qui est en quelque sorte une preuve indirecte de l'inefficacité de la plupart d'entre elles. Nous n'avons nullement l'intention de rappeler ici les innombrables méthodes médicales ou chi-

---

(1) Carrieu. Congrès international de Budapest, 1905, et Sappey. Thèse Montpellier, 1910.

(2) Sicard. Soc. de Biol, 25 juin 1910.

rurgicales tour à tour essayées ; ce qui sortirait un peu du cadre de notre question.

Nous rappellerons simplement celles qui ont été mises en œuvre, d'ailleurs sans grand succès ou sans succès durable, dans le cas que nous avons surtout étudié dans notre travail : vessie de glace au creux épigastrique ; vésication à l'épigastre pansé avec un centigramme de morphine ; pulvérisation de chlorure d'éthyle ; injection de morphine, dont il faut se méfier (1) parce qu'elles augmentent souvent les vomissements (élimination de la morphine par l'estomac), risquent de conduire à la morphinomanie et qui, dans quelques cas, ont même été cause de la mort de tabétiques ayant une susceptibilité particulière à cet alcaloïde ; injection de pantopan (1 centimètre cube matin et soir) ; inhalation de nitrate d'amyle, suivant la technique indiquée par Pal en vue de combattre la crise hypertensive, principal élément, à son avis, de la crise gastrique ; ponction lombaire au moment de la crise, avec soustraction de 30 à 20 centimètres cubes de liquide céphalorachidien (Debove) (2). Donath (3), injection sous-arachnoïdienne d'anesthésique (cocaïne, stovaïne ou mieux novocaïne), méthode qui a fait ses preuves contre les douleurs fulgurantes des membres inférieurs (entre les mains de

---

(1) Sauvaroche. Crises gastriques prolongées des tabétiques morphinomanes. Thèse Paris, 1907-08, n° 394. — J.-Ch. Roux. Crises gastriques tabétiques aggravées par la morphine. La clinique, 1er février 1907.

(2) Debove. Influence des ponctions lombaires sur les crises gastriques. Soc. méd. hôp., 19 avril 1901.

(3) Donath. Valeur diagnostique et thérapeutique de la ponction lombaire. Wien. Klin. Woch., 1903, n° 19.

Pitres (1), Achard (2), Marie et Guillain (3), Marchand (4), et qui aurait donné quelques succès à Sapatch-Sapotchinsky (5), dans 8 cas de crises gastriques du tabès.

---

(1) Pitres. Revue de neurologie, 30 déc. 1900.

(2) Achard. L'injection intrarachidichienne de cocaïne dans le traitement de quelques affections douloureuses. Soc. de neurologie, 7 mars 1901. — Achard et Laubry. Soc méd. des hôp., 13 juillet 1901.

(3) Guillain. Soc. méd. hôp., 17 mai 1901.

(4) Marchand. Traitement des douleurs du tabes par l'aspirine et la rachi cocaïnisation sous arachnoïdienne. — Congrès de neurol. Limoges. 1901.

(5) Sapatch-Sapotchinsky. La rachianesthesie comme moyen de traitement des crises gastriques tabétiques. Réf. Semaine médicale, 1910, p. 454.

OBSERVATIONS

Aux 8 observations résumées par Defève dans sa thèse et que nous croyons inutile de reproduire ici, et à l'observation si détaillée qui nous a été communiquée par MM. Rauzier et Roger et que nous avons mise en tête de notre travail, nous ajouterons le résumé ou l'indication bibliographique des 14 observations que nous avons pu recueillir dans la littérature.

Observation II

Un cas d'association hystéro-tabétique chez un homme. Noguès, 1893, *in* Thèse Vires, Montpellier, 1896 (obs. XV).

Un homme, âgé de 39 ans, à antécédents héréditaires fortement chargés au point de vue névrosique et lui-même très nerveux, éprouve, en décembre 1889, des douleurs fulgurantes. En janvier 1890, une crise gastrique avec douleurs aiguës, puis vomissements alimentaires, glaireux, et enfin sanguinolents et noirs comme de la suie. Un médecin diagnostique un cancer de l'estomac. Les crises se répètent à plusieurs reprises avec tous les caractères de crises

tabétiques mais sans nouvelle hématémèse. Dérobement des jambes, troubles de la marche.

En octobre 1895, incoordination complète, Romberg, Argyll Robertson, ptosis, Westphall, hyperhydrose unilatérale.

Zones hystérogènes, hémianesthésie gauche, rétrécissement du champ visuel.

Crises gastriques avec hématémèse qui sont nettement d'origine tabétique (Vires).

Observation III

Association hystéro-tabétique.

Vires, *in* Thèse Montpellier, 1896 (obs. XIV).

Homme 35 ans, salle Fouquet, 33, service du docteur Grasset. Syphilis à 20 ans. Antécédents névrosiques (sensation de boule).

A 24 ans, premières douleurs fulgurantes. A 30, première crise gastrique, immédiatement après un bain dans le Rhône ; début par sensation de boule montant à la gorge, douleur épigastrique horrible, vomissements d'abord alimentaires, puis noirs. « Cette crise paraît avoir été une véritable attaque d'hystérie à forme gastrique. »

Bientôt les crises gastriques changent d'aspect ; pas de boule, mais crises de douleurs fulgurantes, tantôt dans les membres inférieurs, tantôt dans le thorax (sensation d'étau avec vomissements alimentaires et bilieux d'abord, noirs ensuite). La crise se termine par des sueurs et une sorte d'état de mal durant toute la journée, toute la nuit. La crise passée, le malade mange du meilleur appétit. La

première partie de la crise est celle que font tous les tabétiques ; la seconde ne diffère pas de la crise gastrique hystérique pure.

Crises d'hystérie avec balancement rythmique des membres.

Signes de Westphall, d'Argyll Robertson.

Observation IV

Crises gastriques avec hématémèses et vomissements alimentaires.

Bovet et Huchard, Soc. thérap., 12 février 1896.

Homme âgé de 38 ans. Traumatisme thoracique violent suivi d'hématémèse et de vomissements alimentaires pendant quelques jours, avec douleur gastrique, évoluant comme un ulcus ; cinq mois après, diplopie, douleurs fulgurantes, puis nouvelle crise de vomissements incessants et incoercibles pendant un mois, vomissements tantôt hyper, tantôt hypopeptiques. Signes de tabes de plus en plus nets.

Observation V

Crises gastriques avec hématémèse. Pas de lésion de l'estomac à l'autopsie.

Mathieu, cité par Crouzon.

Observation VI

Hématémèse dans l'ataxie locomotrice.
Robin (de Varsovie), *Gaz. lek.*, 1903, p. 503-512.

Observation VII

Crises gastriques avec hématémèse.
Mme Wayncop, thèse Paris, 1905 (obs. IX).

Crises gastriques survenues à 30 ans chez une femme en état de bonne santé apparente, durée 15 à 20 jours. Répétition tous les quinze jours. A plusieurs reprises, de 30 à 40 ans, plusieurs hématémèses, signes de tabes s'accentuant de plus en plus ; troubles sphinctériens, légère ataxie ; Romberg ; zone d'anesthésie ; paralysie du moteur oculaire externe ; Argill-Robertson ; inégalité pupillaire ; névrite optique.

Observation VIII

Crises gastriques tabétiques avec lésion de l'estomac.
Crouzon, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Conférences du mercredi, 1906).

Homme, 54 ans, menuisier, entré salle Saint-Christophe, le 31 mars 1905, pour des douleurs violentes, à maximum épigastrique et dorsal, avec irradiation sur les côtés (constriction en ceinture) et pour des vomissements abondants,

se répétant 5 à 6 fois par 24 heures, sans cause, sans rapport avec l'alimentation. Les matières rejetées sont liquides, non alimentaires ; plusieurs cuvettes sont remplies en quelques instants ; le liquide est brun, noirâtre et renferme de petits grumeaux analogues à du marc de café.

Ces crises se répètent depuis 1890, depuis 15 ans ; elles durent 3 ou 4 jours, puis tout se calme et la douleur d'estomac disparaît complètement. La crise actuelle dure trois jours. « Elle aurait été précédée de quelques symptômes anormaux ; la veille, le malade a rendu, en allant à la garde-robe, une quantité de sang noir. Cette évacuation abondante aurait fait suite à une constipation opiniâtre. Toutefois, ces selles sanglantes n'ont pas été constatées par nous. »

Depuis une quinzaine d'années, dérobement des jambes, sensation de « jambe de laine » ; puis marche difficile ; paresse des membres supérieurs ; quelques troubles sphinctériens (rétention et plus souvent incontinence). Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs. Quelques crises de douleurs précordiales. Diminution de l'acuité visuelle.

Pas de syphilis connue.

Examen. — Aspect émacié, cachectique.

Ataxie des membres inférieurs ; Romberg très net. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens ; réflexe cutané plantaire et flexion. Hypotonie très accentuée et atrophie musculaire considérable aux membres inférieurs.

Abolition presque complète de la sensibilité tactile ; retard des sensations à la chaleur et à la douleur. Myosis. Signe d'Argyll-Robertson.

Pouls tendu ; pas de lésion aortique.

Mort le 9 avril 1905.

Autopsie. — Lésions médullaires caractéristiques du tabes.

Athérome de l'aorte et hypertrophie du cœur, contrastant avec la petitesse de la plupart des organes, atteints de sclérose atrophique liée à l'artério-sclérose.

A l'ouverture de l'abdomen, on est frappé par la conformation de l'estomac, qui est réduit à un étroit conduit. « Sa longueur est normale, mais son calibre est diminué dans des proportions considérables ; la petite et la grosse tubérosité sont nulles, la largeur de la face antérieure est réduite dans sa partie maxima à 5 ou 6 centimètres. Il y a là une diminution considérable du volume de cet estomac. A la section, la paroi est extrêmement épaissie avec accentuation des plis de la muqueuse ; l'hypertrophie est uniforme sur toute l'étendue de l'estomac. Cet aspect ratatiné et cette hypertrophie des parois donnent l'impression d'une linite plastique.

» L'ouverture de cet organe ne nous révéla aucune lésion évidente ; pas d'ulcération, pas d'exulcération qui fut en rapport avec les hématémèses (disparues du reste depuis une dizaine de jours avant la mort du malade). L'examen histologique démontra l'existence d'une infiltration leucocytaire siègeant entre les culs-de-sac glandulaires, infiltration leucocytaire de la sous-muqueuse, témoignant donc d'une gastrite subaiguë. »

L'intestin est normal d'aspect, de largeur, d'épaisseur, mais l'ouverture fait voir en trois régions l'existence de placards grands comme une pièce de 5 francs présentant des suffusions hémorragiques qui peuvent expliquer l'existence du melæna chez le malade.

Observation IX

Crises gastriques tabétiques. Elongation du plexus solaire.

Vallas et Cotte, *Soc. méd. Lyon*, 26 mars 1906.

Homme, 41 ans ; pas de syphilis avouée. Crises gastriques il y a cinq à six ans avec douleurs violentes et vomissements incoercibles ; dès le début, hématémèse. Pendant un à deux ans, les crises se renouvelaient tous les trois ou quatre mois ; depuis un an, elles surviennent tous les mois. Elles ont environ trois ou quatre jours de durée et s'accompagnent de douleurs fulgurantes.

Signe de Westphall. Signe d'Argyll-Robertson.

Laparotomie en pleine crise. L'estomac a ses dimensions normales ; les vaisseaux de l'estomac sont « très dilatés à la surface ».

Elongation du plexus solaire. Depuis lors, le malade n'a plus de phénomènes douloureux.

Observation X

Hématémèse au cours de crises gastriques tabétiques. Autopsie.

Kollarits, *Neurol. Centralblatt*, 1909, pp. 11-14.

Un homme, âgé de 38 ans, souffre de douleurs fulgurantes depuis deux ans, de crises gastriques depuis trois mois : douleurs presque ininterrompues, suivies de vomissements alimentaires et bilieux. Signes de tabes fruste. Cachexie rapidement progressive.

Deux mois après l'entrée à l'hôpital, le malade se met à vomir du sang. L'hématémèse, assez abondante, se répétait à chaque vomissement et fit penser à un ulcère de l'estomac. La mort survint onze jours après le début des vomissements sanglants.

A l'autopsie, on constate les lésions médullaires du tabes ; mais l'examen de l'estomac et de l'intestin montre l'absence de toute ulcération ; la muqueuse stomacale était pâle.

L'auteur croit que les hématémèses, analogues à celles des crises gastriques non tabétiques décrites par Richard, relèvent d'une hémorragie parenchymateuse.

Observation XI

Tabes dorsal avec hématémèse ; herpès zoster atypique et sécrétion lactée chez une femme de 62 ans.

Sieding, *Wien. Klin. Woch.*, 4 mars 1909.

Observation XII

Crise gastrique avec hématémèse.

Tedesko. *Soc. méd. int.*, Vienne, 16 juin 1910.

Une femme de 22 ans fut prise pendant deux jours, il y a six semaines, de vomissements abondants. A l'examen de la malade, on note les phénomènes suivants : signe d'Argyll-Robertson, abolition du réflexe rotulien à gauche et du réflexe achilléen des deux côtés ; exagération des réflexes abdominaux, paralysie partielle du moteur oculaire externe droit, réaction de Wassermann positive.

Trois jours avant d'être présentée, cette malade fut prise d'hématémèse.

Observation XIII

Crises gastriques avec hématémèses.
Tedesko. *Ibidem.*

Homme de 32 ans. Crises gastriques très douloureuses accompagnées de vomissements et, par intervalles, d'hématémèse, ce qui fit porter le diagnostic d'ulcus gastrique. Deux laparotomies sans résultat.

Observation XIV

Crise gastrique avec hématémèse.
Strumpell. *Ibidem.*

Observation XV

Crises gastriques tabétiques.
Ewald. Congrès de médecine interne, Berlin, 4 avril 1910.

Crises gastriques survenant depuis des années et compliquées, pendant les derniers temps, d'hémorragies.

Autopsie. — Lésions du tabes. Au niveau de l'estomac, petite ulcération gastrique avec érosion d'un vaisseau.

CONCLUSIONS

Les hématémèses tabétiques sont rares. Elles ne surviennent qu'au cours des crises gastriques, et généralement à la fin des crises gastriques intenses et répétées, s'accompagnant de vomissements copieux.

Elles surviennent sans cause et sont peu abondantes. Le sang vomi est quelquefois rutilant ; le plus souvent, il s'agit d'un vomissement couleur café, d'où le nom de crises noires (Charcot). Elles s'accompagnent parfois de melœna.

L'hémorragie n'est pas assez abondante pour modifier par elle-même le pronostic, qui dépend beaucoup plus de l'intensité des crises gastriques, subintrantes et violentes, qui débilitent le malade.

Le diagnostic de l'origine tabétique des hématémèses est souvent fort difficile, car elles surviennent assez fréquemment au début du tabes ou au cours d'un tabes fruste. Aussi faut-il faire préciser, dans l'interrogatoire, les principaux traits de la crise gastrique, qui, dans le tabes, a des caractères assez spéciaux : absence de tout symptôme d'une affection organique du tube digestif ; début rapide de l'accès ; violence des accidents, pendant l'accès, faisant contraste avec le bien-être du malade dans l'intervalle ; insuccès de la thérapeutique ; disparition sponta-

née de la crise et convalescence rapide ; retour périodique des crises.

Aussi faut-il scruter les antécédents spécifiques du malade, l'examiner complètement, ne pas se contenter de rechercher les grands mais encore les petits signes du tabes, surtout les troubles de la sensibilité profonde et en particulier l'anesthésie du creux épigastrique qui contraste, dans le tabes, avec la violence des crises douloureuses.

L'on pourra ainsi éviter les erreurs de diagnostic dont la plus fréquente, la confusion avec l'ulcus, a conduit certains malades jusqu'à une laparotomie pour le moins inutile.

Les hématémèses sont exceptionnellement liées à une lésion anatomique de l'estomac ; elles ressortent presque toujours à des troubles vaso-moteurs dont on a maints autres exemples dans le tabes ; les troubles vaso-moteurs, tout comme les troubles de la sensibilité profonde, dont la note est si importante dans le tabes, sont liés à des altérations du vago-sympathique.

L'hématémèse tabétique est rarement assez abondante pour nécessiter une thérapeutique spéciale : les crises gastriques qui les accompagnent sont particulièrement rebelles à toute médication.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 juin 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 juin 1911
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Bovet et Huchard. — Crises gastriques avec hématémèse et vomissements alimentaires ; variations extrêmes du chimisme gastrique avec déductions thérapeutiques. Soc. de thérapeutique, 12 février 1896, in Bull. de thérap., 1896, p. 121.

Bourguignon. — Thèse Paris, 1895.

Charcot. — Des crises gastriques tabétiques avec vomissements noirs. Gaz. Méd. de Paris, 1889, p. 457-461.

— Leçons cliniques, 1888-1889.

Crouzon. — Crises gastriques tabétiques avec lésions de l'estomac. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Conférences du mercredi), p. 230-240, 1906.

Defève. — Des crises gastriques du tabes avec hématémèse. Thèse Lyon, 1898-99, n. 6.

Déjerine et Thomas. — Article Tabes in Maladies de la moelle épinière. Fasc. XXXIV du Traité de Médecine Gilbert et Thoinot, 1903.

Eichhorst. — Modifications anatomiques de l'estomac pendant les crises gastriques du tabes. Med. Klin. Berlin, 1909, p. 1377-1381.

Ewald. — Crises gastriques du tabes. Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde zù Berlin. 4 avril 1910 (Ref. Münch. Med. Woch, 1910, p. 829).

Fournier. — Leçons sur la période préataxique du tabes d'origine syphilitique. Paris, 1885.

Grasset. — Le tabes, maladie de la sensibilité profonde. Montpellier, 1908.

Grasset et Rauzier. — Article Tabes du Traité pratique des maladies du système nerveux.

Harel. — Thèse Paris, 1882.

Kollarits. — Bluterbrechen der « Crises gastriques tabétiques ». Sektionsbefund. Neurol. Centralblatt 1909, p. 11-14 (Ref. Semaine Médicale, 1909, p. 209).

Lerat. — Contribution à l'étude des hémoptysies et des hémorragies par l'anus liées aux crises douloureuses thoraciques et rectales de l'ataxie locomotrice progressive. Thèse Paris, 1891, n° 33.

Mathieu. — Cité par Crouzon.

Mouisset. — Lyon Médical, 1908, p. 1005.

Noguès. — In thèse Vires.

Pal. — Les crises vasculaires. Trad. Bablon, 1908.

Petitjean. — Thèse Paris, 1874.

Rauzier. — Hématémèse des tabétiques (Leçon clinique du 16 juin 1911).

Rauzier et Roger. — Crises gastriques subintrantes avec hématémèses au cours d'un tabes fruste d'origine spécifique (Société des Sciences médicales de Montpellier, 16 juin 1911 ; in Montpellier médical).

Rendu. — Cliniques médicales, T. II.

Robin. — Hématémèse dans l'ataxie locomotrice. Gaz. lek. (en russe). Varsovie, 1903, p. 503-512.

Roque et Chaber. — Cancer de l'estomac avec crise gastrique chez un tabétique. Soc. méd. hôp., Lyon, 8 déc. 1908, et Lyon Médical, 1908, p. 1098.

Roux. — Les crises gastriques du tabes. In Manuel des maladies du tube digestif Debooc, Achard et Castaigne, 1907, p. 562.

Sainton et Tronc. — Les crises gastriques des tabétiques. Revue générale. Gazette des Hôpitaux, 1908, p. 183 et 219.

Sieding. — Tabes dorsal avec hématémèse ; herpès zoster atypique et sécrétion lactée chez une femme de 62 ans. Wien. Klin. Woch., 4 mars 1909.

Simonin. — Thèse Lyon, 1886.

Strauss. — Des ecchymoses tabétiques à la suite des douleurs fulgurantes. Arch. de neurol., 1880-81, p. 555.

Strumpell. — Crises gastriques avec rhumatismes. Soc. Méd. int. Vienne, 16 juin 1910 (Réf. Semaine Méd., 1910, p. 312).

Tedesko. — Crises gastriques avec rhumatismes. Soc. Méd. int. V., 16 juin 1910 (Ref. Semaine Méd., 1910, p. 312).

Tolot et Froment. — Crises gastriques au cours d'une polynévrite. Etat de l'estomac. Soc. méd. hôp. Lyon, 24 nov. 1908, et Lyon Méd., 1908, p. 1005.

— Contribution à l'étude de l'état anatomique de l'estomac dans les crises gastriques. Lyon Méd., 21 fév. 1909.

Vallas et Cotte. — Crise gastrique ; élongation du plexus solaire. Soc. Méd. Lyon, 26 mars 1906, et Lyon Méd., 1906, p. 777.

Vires. — Association de l'hystérie à l'ataxie locomotrice progressive. Thèse Montpellier, 1896, n. 44.

Vulpian. — Leçons sur l'ataxie à crises gastriques avec hématémèses, taches roséoliformes et hématurie. T. II, 271-321.

Wayncop (Mme). — Les crises gastriques dans le tabes et en dehors du tabes. Th. Paris, 1905, n. 538.

Zohrab. — Thèse Lyon, 1885.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !